

ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ. СУЧАСНІ ПЕРИНАТАЛЬНІ СТРАТЕГІЇ

21–22 БЕРЕЗНЯ 2025 РОКУ В М. ЧЕРНІВЦІ ВІДБУЛАСЬ ВСЕУКРАЇНСЬКА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ, ПРИСВЯЧЕНА 30-РІЧЧЮ ЗАСНУВАННЯ КАФЕДРИ АКУШЕРСТВА, ГІНЕКОЛОГІЇ ТА ПЕРИНАТОЛОГІЇ БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ – КАФЕДРИ, ЯКА ОДНА З ПЕРШИХ В УКРАЇНІ ПОЧАЛА РОЗВИВАТИ ПЕРИНАТАЛЬНИЙ НАУКОВИЙ НАПРЯМОК, НАДЗВИЧАЙНО АКТУАЛЬНИЙ І СЬОГОДНІ



Огляд підготували:

О.В. КРАВЧЕНКО

д. мед. н., професорка, завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна
ORCID: 0000-0001-8085-8637

С.М. ЯСНІКОВСЬКА

к. мед. н., доцентка кафедри акушерства, гінекології та перинатології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна
ORCID: 0000-0002-5826-3845

Контакти:

Кравченко Олена Вікторівна
58002 м. Чернівці,
Театральна площа, 2
e-mail: kravchenko.olena@bsmu.edu.ua

На конференції розглядалися міждисциплінарні питання збереження репродуктивного здоров'я жінки; інноваційні підходи до розв'язання актуальних питань акушерства й гінекології; сучасні аспекти акушерської та гінекологічної допомоги; дискусійні питання сучасної перинатології. У заході взяли участь понад 60 провідних науковців вищих навчальних закладів Києва, Одеси, Дніпра, Вінниці, Івано-Франківська, Тернополя, Львова, Харкова, Полтави, Чернівців та ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України». До роботи конференції долучилися онлайн в режимі реального часу понад 2000 слухачів.



Значний інтерес у лікарів викликала доповідь д. мед. н., професора, члена-кореспондента НАМН України, завідувача кафедри акушерства та гінекології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького **Л.Б. Маркіна «Фактори ризику анте-/інтранатального пошкодження плода»**.

Лектор зазначив, що вагітність та пологи є нормою з біологічного погляду, проте з медичного – найбільшим випробуванням у житті людини. Леонід Борисович акцентував на основних ускладненнях вагітності, пологів та післяпологового періоду, підкріплюючи це суворою статистикою: пологова спінальна травма виявляється в 3–30% новонароджених, пологова травма шийного відділу хребта й спинного мозку становить 85% усіх пологових травм, спінальна пологова травма в 33% випадків є причиною ранньої неонатальної смерт-

ності. Професор зосередив увагу на зміні тривалості пологів, що в XIX столітті становила в середньому 20 год. у породіль, які народжують вперше, та 12 год. – у тих, які народжують повторно, а наприкінці XX століття – 13 і 7 год. відповідно. Що змінило генетично детермінований, століттями налагоджений процес пологів? Сьогодні подекуди фахівці хибно вважають, що критерієм правильного перебігу пологів є час, а не динаміка пологового процесу (частота використання утеротоніків досягає 75%).

У своїй доповіді Л.Б. Маркін наголошує, що вертикальна позиція роділлі під час пологів не є виправданою і порушує фізіологічний біомеханізм пологового процесу.

Також автор зазначає, що тракції за голівку або насильницький поворот голівки на 180 градусів навколо осі плода, які іноді виконують акушерки в пологах, категорично не прийнятні. Прийоми захисту промежини також є одним із факторів ризику пошкодження шийного відділу хребта. Під час пологів без захисту промежини частота травм шийного відділу зменшується в 5 разів. Л.Б. Маркін наголошує на небезпеці використання допомоги Крістеллера, яка Всесвітнім конгресом акушерів-гінекологів у 2006 році визнана найбільш агресивним і небезпечним втручанням у пологах. Доповідач цілком підтримує позицію, що щаслива та дитина, якої не торкалась рука акушера.

У доповіді також підкреслено безсумнівно вагому роль кесаревого розтину в зниженні перинатальної патології, оптимальна частота якого, на думку лектора, має сягати не більше ніж 15–20%. Рациональне втручання в процес пологів – мудрий шлях розвитку сучасного акушерства.

Доповідь д. мед. н., професорки кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету



С.П. Посохової була присвячена **індукції пологів у сучасному акушерстві**. Авторка підкреслила, що індукція пологів сьогодні використовується для кожної десятої вагітності в усьому світі. Історія медичних втручань у процес пологів становить понад 5000 тис. років. Механічні методи були основним способом розродження до початку

XX століття, а потім були замінені фармакологічними засобами. Індукція пологів знижує частоту кесаревого розтину в різних акушерських умовах і демографічних групах пацієнтів. Американський коледж акушерів-гінекологів (American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2022) рекомендує таку класифікацію доношеної вагітності:

- посттермін – $\geq 42 + 0$ тижнів вагітності;
- пізній термін – від $41 + 0$ до $41 + 6$ тижнів вагітності;
- доношеність – $39 + 0$ до $40 + 6$ тижнів вагітності;
- ранній термін – від $37 + 0$ до $38 + 6$ тижнів вагітності.

Вибір терміну індукції відіграє важливу роль. За даними ВООЗ (2018), індукція пологів рекомендується жінкам, які мають термін вагітності 41 тиждень ($> 40 + 7$ днів).

Керівництво Національного інституту охорони здоров'я і вдосконалення медичної допомоги Великої Британії (National Institute for Health and Care Excellence, NICE) від 2021 р. рекомендує в 39 тижнів оцінити ускладнення і ризики для подальшого пролонгування вагітності та визначити показання для індукції пологів. ACOG дійшов висновку, що пропозиція індукції пологів щодо вибірки жінок, які не народжували, з низьким ризиком у терміні вагітності 39 тижнів є розумним варіантом, який має бути загальним рішенням для таких пацієнток та закладів охорони здоров'я з урахуванням наявних ресурсів. Товариство материнсько-фетальної медицини (Society for Maternal Fetal Medicine, SMFM) також дійшло висновку, що доцільно пропонувати планову індукцію жінкам, які не народжували, з низьким ризиком і терміном вагітності $\geq 39 + 0$ тижнів. Також, за рекомендацією ACOG (2022), у терміні до 39 тижнів потрібно уникати планової індукції.

Професорка навела дані щодо сучасних поглядів на тривалість введення скорочувальних речовин. Рекомендації ACOG (2024) і SMFM підкреслюють, що в разі, коли стан матері та плода залишається заспокійливим, окситоцин слід вводити щонайменше протягом 12–18 год. після розриву плодової оболонки, перш ніж розглядати питання про невдалу індукцію. Загальна тривалість другого періоду пологів також була збільшена зі звичайних 2–3 год. активних поштовхів приблизно до 4–5 год.

Лекторка поінформувала, що частота невдалої індукції пологів становить 28%, а загалом індукція пологів сприятливо впливає на перинатальні наслідки.

Вражальну статистику у своїй доповіді «**Туберкульоз і вагітність**» навела д. мед. н., завідувачка кафедри фтизіатрії та пульмонології, професорка Буковинського дер-



жавного медичного університету **Л.Д. Тодоріко**. Так, більше ніж 650 млн жінок у світі інфіковані мікобактеріями туберкульозу (МБТ), і в 3,1 млн із них щороку розвивається туберкульоз (ТБ). У країнах із низьким рівнем економічного розвитку ТБ посідає третє місце серед причин захворюваності та смертності жінок репродуктивного віку.

Щороку понад 1 млн жінок помирає від ТБ.

Максимум захворюваності на ТБ у жінок припадає на репродуктивний вік (18–44 роки). У віковому діапазоні 25–44 роки зберігається тенденція до приросту захворюваності на ТБ на 1,2%. Вражає те, що серед жінок, які захворіли на ТБ, переважають соціально адаптовані з достатньо високим освітнім рівнем (середню і середньо-спеціальну освіту мають більшість жінок). Безсимптомно ТБ перебігає в кожній третій жінки, бациловиділення відзначається в половини хворих; у 66 зі 100 жінок констатована деструкція легеневої тканини.

Інтегральним показником неблагополуччя в охороні здоров'я жінок є частота абортів за медичними показаннями, що кількісно відображає неможливість реалізації жіною функції дітонародження через комплекс об'єктивних причин – патологія жінки і/або плода. Одне із захворювань, яке є показанням для переривання вагітності, – це ТБ.

Дедалі частіше з'являються повідомлення про випадки хронічного рецидивного туберкульозу (ХРТБ) у вагітних, що значно утруднює лікування у зв'язку з ембріотоксичністю багатьох хіміопрепаратів. Описуються випадки вродженого ТБ, генералізованого ТБ у вагітних після запліднення *in vitro* і пересадки ембріона. ТБ, який розвинувся під час вагітності, часто перебігає малосимптомно, тому в сучасній епідеміологічній ситуації необхідно зберегти профілактичне рентгенологічне обстеження в пологовому будинку. Після пологів ТБ частіше розвивається з вираженими клінічними симптомами й має схильність до формування деструкцій.

Поєднання захворювання з вагітністю зумовлює низку проблем. З одного боку, це вплив вагітності, пологів і післяпологового періоду та лактації на розвиток і перебіг ТБ, а з іншого – вплив захворювання на перебіг вагітності й пологів, здоров'я новонароджених і породіль.

Погляди науковців щодо питання взаємовідношення ТБ і вагітності часто є взаємно протилежними. Якщо одні дослідники вважають, що вагітність негативно впливає на перебіг туберкульозного процесу, мотивуючи це частим виявленням гострих, ускладнених, нерідко генералізованих форм ТБ, то інші дотримуються думки, що вагітність у жодному разі не впливає на стан специфічного процесу в легенях. І нарешті, треті стверджують, що вагітність – це чинник, який у деяких випадках сприяє виліковуванню від ТБ легенів, оскільки гормональне тло у вагітної має анаболічну спрямованість, а високе стояння діафрагми ніби повторює лікувальну дію пневмоперитонеуму. Попри суперечливість даних, більшість дослідників зазначає переважно негативний взаємний вплив ТБ і вагітності, особливо в разі активних, за давних його форм.



Проблемі відтермінованого материнства в сучасних умовах присвятила свою доповідь д. мед. н., професорка, керівниця відділення патології вагітності та пологів ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України» **І.А. Жабченко**. На підставі багаторічних власних досліджень авторка зробила висновок про зростання

чисельності жінок в Україні, які відтермінують материнство. За останні 5 років частота народжування після 35 років зросла в 1,5 рази, а у віці 40–45 років – майже у 2,5 рази. Частота вікових вагітних, старших за 35 років, за останні 5 років становила 16,1% випадків.

Жінок із «пізньою» вагітністю можна розділити на групи за низкою параметрів:

- які пізно вступили до першого шлюбу (після 30 років);
- які вийшли заміж повторно;
- самотні, які вирішили створити неповну сім'ю;
- у яких дорослішають старші діти (54%);
- які досягли певних соціальних та матеріальних благ (24%);
- які змогли завагітніти завдяки розвитку допоміжних репродуктивних технологій (8%).

Професорка проаналізувала стан соматичного та репродуктивного здоров'я в жінок віком 35+. 63,6% вагітних мали в анамнезі соматичну патологію, з них у 25,7% була поєднана екстрагенітальна патологія, решта 21,9% осіб були соматичні здорові. Захворювання серцево-судинної системи спостерігалися в 17,8% вагітних, нейроциркуляторна дистонія – у 11,3% жінок, хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту – у 22,2%, ожиріння – у 26,4%, тиреоїдна патологія – у 13,2% жінок, хронічні захворювання органів дихання – у 12,9%, офтальмологічна патологія – у 9,1%, варикозна хвороба – у 17,4% осіб. Поєднану гінекологічну патологію мали 16,7% жінок віком понад 35 років. Хронічні запалення жіночих статевих органів були верифіковані у 24,3% жінок, міома матки – у 22,9%, дисплазії шийки матки – у 45,1%, порушення менструального циклу – у 12,5% пацієнток, неплідність в анамнезі діагностовано у 19,2% осіб.

У доповіді детально проаналізовані наслідки пізньої вагітності й пологів та вказано, що загроза викидня на ранніх термінах гестації була діагностована в 32,8% жінок, істміко-цервікальна недостатність – у 22,9% вагітних, загроза передчасних пологів – у 22,2% жінок, маловоддя – у 11,5% вагітних, багатоводдя – у 14,6% осіб, анемія – у 25,0% вагітних, плацентарна дисфункція – у 0,8% жінок, передчасні пологи – у 8,6% пацієнток.

Проаналізовано також показання до ургентного кесаревого розтину під час вагітності: відшарування плаценти спостерігалось в 1,4% випадків, гострий дистрес плода – 3,5%, плацентарна дисфункція – 0,9%, передчасний вилив навколоплодових вод – 0,7% випадків. У 48,9% випадків вагітність завершилась кесаревим розтином.

У пологах ургентний кесарів розтин був зроблений за наступними показаннями: слабкість пологової діяльності – 14,2% жінок, гострий дистрес плода – 16,6% вагітних.

Показання до планового кесаревого розтину: неправильні положення плода та великий плід – по 18,1%, рубець на матці від попереднього кесаревого розтину та відмова від вагінальних пологів – 22,2%. Усього за період описаних досліджень народилось 451 новонароджених, з них 17 двієнь, одна трійня. Перинатальна смертність становила 11,08% (5 випадків антенатальної смерті плода).



Особливу увагу лікарів-слухачів привернула доповідь д. мед. н., професора, члена-кореспондента НАМН України, завідувача відділення внутрішньої патології вагітних ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України» **В.І. Медведя** «**Акушерські помилки. Помилки в акушерстві**». Доповідач дав визначення лікарській помил-

ці. Підкреслив, що без попередньої процедури професійного чи судового розгляду ніхто не має права звинуватити лікаря. Помилки в акушерстві бувають різні, і їх допускають не тільки акушери, а й лікарі інших спеціальностей під час нагляду за вагітними. Особливої уваги заслуговують типові помилки – вони зазвичай легко усуваються і є несуттєвими. Тяжкі помилки – це ті, які призводять до материнської смертності. Вони важко переживаються лікарем і частіше мають адміністративні наслідки. Автор проаналізував фатальні й нефатальні помилки в контексті материнської смертності на конкретних прикладах, а також розглянув типові помилки на амбулаторному та стаціонарному етапах надання акушерської допомоги. Аналіз випадків перинатальної смертності й захворюваності свідчить, що акушерських помилок тут значно менше, ніж за материнської смертності. Автором розглянута концепція ВООЗ «Matrix-Babies» – залежність рівня пропорційного показника перинатальної смертності в окремих вагових категоріях немовлят від стану здоров'я жінок та якості надання їм медичної допомоги. Професор акцентував на помилках під час призначення медикаментозної терапії від 15 до 56 дня від зачаття. Наприкінці доповіді автор окреслив позитивні організаційні заходи, які будуть сприяти зниженню акушерських помилок.



Аналіз результатів застосування шкали Робсона для оцінки діяльності закладів надання перинатальної допомоги від колективу авторів представила д. мед. н., професорка кафедри акушерства й гінекології Одеського національного медичного університету **В.Г. Марічереда**, зазначивши, що проблема збільшення частоти про-

ведення операції кесаревого розтину поки не має свого вирішення. З метою розробки та впровадження ефективних заходів щодо зменшення частоти абдомінального розродження необхідним є застосування зрозумілої, логічної класифікації пацієнток. ВООЗ рекомендує з 2015 року використання класифікації М. Робсона. Проведене дослідження з використанням шкали Робсона дозволяє виявити контин-

гент пацієнток, у яких можливе зменшення частоти абдомінальних розроджень. Ця шкала передбачає поділ роділь на 10 груп на підставі основних п'яти характеристик (паритет, кількість операцій кесаревого розтину, початок пологів, гестаційний вік і передлежання плода).

Доповідачка підкреслила, що авторами створена комп'ютерна програма «Моніторинг та оцінка якості перинатальної допомоги» з використанням шкали Робсона. Вона містить розділи: загальна інформація, інформація про матір, дані про вагітність, дані про пологи, дані про новонароджених. Апробація даної методики в трьох регіонах України із використанням понад 7 тисяч записів за період 2022–2025 років дозволила визначити типові проблеми в перинатальній допомозі цих регіонів та запропонувати обґрунтовані рішення щодо її покращення. Запропонована методика показує свою результативність, оскільки переваги від її використання такі: відповідність міжнародним стандартам; залучення сучасного цифрового інструмента моніторингу; практичне застосування та обґрунтована ефективність, автоматизація процесів та підвищення ефективності процесу прийняття рішень; мінімізація впливу людського фактора; покращення управління медичними ресурсами; посилення доказової медицини; гнучкість та масштабованість.



Проблему стресу як фактора змін у стані здоров'я жінок фертильного віку у воєнний період у своїй доповіді розглянули д. мед. н., головний науковий співробітник, завідувач відділення проблем здоров'я жінок фертильного віку ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України»

Вол.В. Подольський, д. мед. н., професор,

заступник директора, керівник відділення проблем здоров'я жінок фертильного віку ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України» **В.В. Подольський**, наукова співробітниця ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України» **Д.А. Емір-Усейнова**. Автори провели дослідження психологічного стану жінок-біженок та жінок, які були переміщені на інші території країни під час воєнного стану. Результати показали наявність у них високого рівня стресорного навантаження на організм. Використання шкали психологічного стресу Л. Рідера дозволило отримати більш цілісне уявлення про психічний стан жінок. Невагітні жінки-біженки мають високі показники за субшкалою сприйняття дистресу й знижену здатність до подолання труднощів. Значні зусилля українських лікарів з дистанційного консультування жінок-біженок дають змогу знизити ризик розвитку порушень репродуктивного здоров'я, однак не можуть замінити візит жінки до клініки.

Дискусійні питання механізмів клітинної проліферації за гіперплазії ендометрія в жінок пременопаузального віку розглянув у своїй доповіді д. мед. н., професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології ДЗ «Дніпровська медична академія МОЗ України» **В.О. Потапов**. Автор розповів, що проведено дослідження трьох основних молекулярно-морфологічних механізмів виникнення гіперплазії ендометрія



(ГЕ), яке довело, що ГЕ не пов'язана з підвищенням мітозів і чутливості клітин ендометрія до естрогенів, а також не є наслідком дисфункції апоптичних і протиапоптичних механізмів. Найбільш ймовірно, як етіологічний чинник ГЕ слід розглядати пролонгацію проліферативної фази менструального циклу за відсутності секреторної фази.

Професор В.О. Потапов підкреслив, що сучасна стратегія лікування ГЕ базується на концепції її естрогенозалежності, а прогестагени є першою лінією гормонотерапії. Терапевтичний вплив прогестинів за ГЕ, ймовірно, пов'язаний з активацією експресії гена-супресора клітинного циклу p21. Проте не завжди спостерігається ефективність прогестагенів, майже 30% жінок виявляють резистентність до цієї терапії. Причиною неефективності, на думку доповідача, є значне зменшення кількості клітин, позитивних в імуногістохімічних реакціях із рецепторами прогестерону. Чинний клінічний протокол із ГЕ рекомендує виконати гістеректомію, якщо захворювання зберігається понад 12 місяців лікування. Автори пропонують інший шлях: під час морфологічного дослідження біоптату ендометрія слід проводити імуногістохімічне визначення прогестеронових рецепторів. Якщо таких рецепторів більше ніж 25% – для лікування ГЕ сміливо можна призначати прогестагени протягом 6 місяців, якщо рецепторів прогестерону менше ніж 25% – прогестагени прогнозовано малоефективні й у такому разі слід використовувати агоністи гонадотропінних рилізінг-гормонів (ГнРГ) упродовж 6 місяців, які за гестагенорезистентної форми ГЕ мають бути першою лінією терапії. Агоністи ГнРГ пригнічують народження і проліферацію клітин ендометрія, промотором яких є естрогени, тоді як прогестагени зменшують клон клітин, здатних до мітозу внаслідок їхнього раннього диференціювання. У межах дослідження було доведено, що агоністи ГнРГ, як порівнювати з прогестагенами, більш суттєво зменшують кількість клітин із позитивною імуногістохімічною реакцією на протеїн Ki-67, достатньо ефективні в лікуванні ГЕ без атипії в жінок у пременопаузі, але не є 100% гарантією ліквідації ГЕ без атипії.

На думку авторів, інноваційна етіопатогенетична та таргетна терапія ГЕ має враховувати вплив на молекули, що беруть участь в активації проліферації, гени клітинного циклу та їхні продукти – регуляторні білки. Створення епігенетичного паспорта – шлях до персоналізованої терапії ГЕ.



Д. мед. н., професор кафедри акушерства та гінекології №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова **Д.Г. Коньков** у своїй доповіді розглянув особливості клінічного менеджменту надмірного блювання вагітних (за матеріалами Національної клінічної настанови від 2025 року). Доповідач

презентував основні положення клінічної настанови «Нудота і

блювання під час вагітності. Надмірне блювання вагітних», розробленої з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, яка розглядає методи профілактики, діагностики й лікування нудоти та блювання вагітних (НБВ). Автор акцентував, що у «Класифікаторі хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я» немає окремо виділеної категорії «Нудота під час вагітності». Майже 80% жінок відчувають НБВ, що характеризуються різним ступенем тяжкості симптомів, які зазвичай починаються на 5–6 тижнях вагітності. НБВ та надмірне блювання вагітних (НмБВ) є одними з найчастіших показань для госпіталізації вагітних у I триместрі.

Професор акцентував на необхідності проведення первинної оцінки тяжкості НБВ відповідно до клінічних критеріїв: зменшення маси тіла порівняно з масою до вагітності, наявність клінічних ознак зневоднення та оцінка балу за модифікованою шкалою PUQE-24. Для визначення тяжкості НБВ використовується шкала індивідуальної кількісної оцінки НБВ (PUQE) та шкала прогнозування НмБВ (HELP). Нудота та блювання, що починаються в першому триместрі вагітності за відсутності будь-якої іншої етіології, визначаються як НБВ. За зниження маси тіла $< 5\%$, відсутності клінічних проявів зневоднення та кількості балів за шкалою $PUQE \leq 6$ – визначаються як неускладнені НБВ. НБВ, що супроводжуються однією з ознак (зниження маси тіла на $\geq 5\%$, одна або декілька клінічних ознак зневоднення, кількість балів за шкалою $PUQE \geq 7$) – визначаються як НмБВ. За неускладнених НБВ не проводиться жодних діагностичних біологічних або візуалізаційних досліджень (за винятком акушерського УЗД).

У доповіді лектор навів перелік необхідних обстежень пацієнток із тяжким НБВ (оцінка $PUQE-24 > 13$ балів або підозрою на НмБВ), рекомендації щодо нутритивної підтримки (виключення молочних продуктів, жирної та гострої їжі), обмеження вживання полівітамінів, за винятком використання фолієвої кислоти та препаратів йоду, критерії до госпіталізації, медикаментозні засоби для корекції нудоти (імбир, вітамін B6) та блювання (інфузійна терапія, протиблювотні засоби (не використовувати постійно, а протягом 3–5 діб)). Також доповідач визначив склад медикаментозної терапії залежно від тяжкості симптомів та перелік препаратів, які згідно з інструкцією для медичного застосування протипоказані під час вагітності (допамін, діазепам, дименгідринат, цинаризин, домперидон, прохлорперазин, хлорпромазин). Автор акцентував на негативному впливі ондансетрону в I триместрі (використовується як препарат третьої лінії, але збільшує ризик формування вроджених вад розвитку – мальформацій, розщелин – і має вживатися після 13-го тижня вагітності), а також на профілактиці венозного тромбоемболізму під час вагітності, та навів стандарт дій медичного персоналу.

К. мед. н., доцентка кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПДО Львівського НМУ ім. Данила Галицького **М.Й. Малачинська** звернула увагу слухачів на **особливості психоемоційного стану вагітних жінок-переселенок в умовах війни**. У доповіді вона розглянула

основні стресові фактори, їхній вплив на здоров'я матері та дитини й можливості стратегій підтримки. Лекторка зазначила, що хронічний стрес підвищує рівень кортизолу, що може спричинити передчасні пологи, низьку масу тіла новонародженого та когнітивні порушення. Вагітні під впливом стресу можуть стикатися з депресією, посттравматичним стресовим розладом, емоційною нестабільністю, соціальною ізоляцією. У них спостерігається підвищений ризик розвитку прееклампсії, гіпоксії плода. Діти, народжені в умовах високого материнського стресу, мають підвищений ризик неврологічних порушень, частіше стикаються з емоційною нестабільністю. Авторка навела результати дослідження 1000 вагітних, які були переміщені до Львівської області з районів бойових дій та інших регіонів. Психоемоційний стан жінок оцінювався за двома шкалами – Л. Рідера (рівень стресу) та Спілбергера-Ханіна (рівень тривожності). Результати дослідження показали, що в жінок із районів бойових дій був найвищий рівень стресу й високий рівень тривожності, що підтверджує гіпотезу про вплив міграції на психоемоційний стан і психологічний вплив війни на стан вагітних. Забезпечення психологічної допомоги полягає в організації доступу до спеціалістів, груп підтримки та кризових центрів. Соціальна підтримка реалізується через програми соціальної інтеграції, надання житла та гуманітарної допомоги. Освітні програми навчання вагітних методам управління стресом (техніки релаксації, методи самодопомоги) є ефективним інструментом для зменшення психоемоційного навантаження.



Контраверсійні питання діагностики й терапії вагінальних дисбіозів представила у своєму повідомленні д. мед. н., професорка, завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПДО Львівського НМУ ім. Данила Галицького **В.І. Пирогова**. З погляду сучасної науки, людина та її мікробіом розглядаються як два організми в

одній оболонці. Мікрофлора кожної людини унікальна, ідеально адаптована до потреб саме її організму, і ця унікальність є досить стабільною протягом усього життя. Необхідно підтримувати «свою» мікробіоту, оскільки повноцінне її моделювання «зовні» неможливе. На сьогодні описано 5 типів вагінальної мікробіоти залежно від переважання того чи іншого виду лактобацил. Серед 200 видів лактобактерій понад 20 ідентифіковано у вагінальній флорі жінок. Доповідачка зосередила увагу на класифікації станів мікробіоти піхви, як-от нормоценоз, проміжний тип, дисбіоз (бактеріальний вагіноз), аеробний неспецифічний вагініт. Особлива увага в доповіді приділялася вульво-вагінальному кандидозу – найпоширенішому вагінальному інфекційному ураженню в Європі. У наведених діагностичних рекомендаціях наголошується на неприпустимості емпіричної діагностики вагініту. Для діагностики вульво-вагінального кандидозу золотим стандартом є культуральне дослідження. Полімеразну ланцюгову реакцію можна використовувати для діагностики кандидозу, трихомоніазу та бактеріального вагінозу. Дослідження останніх років показали, що різні види кандид мо-



жуть бути виявлені в жінок з однією і тією самою клінічною картиною. У 37% жінок виявляються *Candida non-albicans*, які в 40–50% ізолятів демонструють резистентність або дозалежну чутливість до міконазолу та ністатину. Для ефективного лікування вульво-вагінального кандидозу потрібно проводити ідентифікацію збудників.



Особливу увагу слухачів привернула доповідь представників кафедри акушерства та гінекології Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця – д. мед. н., професора, завідувача кафедри **Д.О. Говсєєва** та к. мед. н., доцентки **Н.В. Геревич «Аномальна інвазія та передлежання плаценти: актуальні погляди щодо патогенезу, інструменти предикції»**. Вони представили загальноприйнятну нині систему класифікації пророщення плаценти (placenta accreta spectrum, PAS), розроблену SMFM, згідно з якою PAS поділяють на три категорії:

- placenta accreta (PA) – інвазія на глибину менше ніж 50% міометрія;
- placenta increta (PI) – інвазія більше ніж на 50% міометрія;
- placenta percreta (PP) – проникнення через весь міометрій чи більше.

Порушення плацентації мають значний негативний вплив на здоров'я матері та плода й суттєво підвищують ризик їхньої інвалідизації та смертності (материнська смертність за PAS становить понад 7%). Останніми роками відбувається стрімке зростання частоти PAS, яке пов'язане зі зростанням частоти факторів ризику, а саме хірургічних втручань на матці як акушерського, так і гінекологічного характеру, допоміжних репродуктивних технологій, ендометріозу, надмірної ваги, ручного видалення плаценти та/або ручної ревізії порожнини матки.

Доповідачі звернули увагу на патогенез PAS, у якому важливу роль відіграє якість імплантації (порушення стимуляційної дії децидуальної оболонки на цитотрофобласт; посилення в жінок після оперативних втручань на матці частоти та амплітуди скорочень матки в період імплантації спричиняє низьку плаценту, а надлишок колагену та стан гіпоксії в рубці стимулюють цитотрофобласт проліферувати до місця оптимального кровоплину).

У НМУ ім. О.О. Богомольця проводилося дослідження щодо прогнозування кількості пологів та розродження шляхом кесаревого розтину, яке показало стрімке зниження першого показника та зростання другого (у 2011 році частота кесаревого розтину становила 16,7%, а у 2026 році, за прогнозом, буде становити 31,4%). Кількість кровотеч, пов'язаних із передлежанням плаценти, у 2011 році становила 1,75 випадку на 1000 пологів та зросла до 2,3 випадку на 1000 пологів у 2022 році.

Лектори розповіли про біомаркери аномальної інвазії плаценти, які визнані потенційно корисними, але потребують подальшого дослідження:

- α -фетопротейн (alpha-fetoprotein, AFP) – особливо під час діагностування в II триместрі, має чутливість 85,94% та

специфічність 71,43%, дає змогу виявити пацієнток із PAS, які потребують гістеректомії;

- розчинна fms-подібна тирозинкіназа-1 (soluble fms-like tyrosine kinase-1, sFlt-1) – її концентрація нижча в жінок із PAS, чутливість становить 90%, специфічність – 82%;
- β -хоріонічний гонадотропін (β -chorionic gonadotropin, β -hCG) – його підвищена концентрація може бути маркером для пренатальної діагностики прирощення плаценти, що передбачає розвиток PAS з I триместру;
- протеїн-A плазми, асоційований із вагітністю (pregnancy-associated plasma protein-A, PAPP-A) – підвищення його значень в I триместрі позитивно корелює з розвитком PAS;
- фактор росту плаценти (placental growth factor, PIGF) – чутливість становить 86%, специфічність – 93%, його концентрація вища в пацієнток із PAS, також вищий рівень був пов'язаний з інтраопераційною кровотечею.

Важливою є міждисциплінарна допомога, рання діагностика й повне розуміння молекулярних основ PAS. Продовження досліджень біомаркерів та молекулярних механізмів PAS має вирішальне значення для розробки ефективних діагностичних і лікувально-профілактичних методик, що покращить прогноз і якість у жінок з PAS.

Авторським колективом було проведено ретроспективне дослідження типу «випадок-контроль» випадків передлежання плаценти та прирощення, врощення або пророщення плаценти (PAS), які зафіксовано в медичних закладах м. Києва в період 2011–2021 рр. (195 147 пологів). Основними факторами ризику були: передлежання плаценти, кесарів розтин, допоміжні репродуктивні технології, паритет, операції на матці, численні інструментальні аборти, вік. Менш тісний зв'язок із PAS мали ожиріння, куріння, багатоплідна вагітність, стать плода. Розроблено легкодоступний для застосування в практиці метод оцінки ступеня ризику розвитку PAS за шкалою, яка враховує 11 факторів ризику з відповідною бальною оцінкою.



Лапароскопічній корекції симптоматичного істмоцелу була присвячена доповідь представників кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету – д. мед. н., професора, завідувача кафедри **З.І. Гладчука** та д. мед. н., професорки **Н.М. Рожковської**. Автори поділилися досвідом проведення лапароскопічної корекції симптомного істмоцелу («ніша» після кесаревого розтину).

Клінічна класифікація ґрунтується на показнику товщини резидуального (залишкового) міометрія, згідно з яким дефект вважається малим за товщини резидуального міометрія більше ніж 3 мм, великим – за товщини менше ніж 3 мм. Золотим стандартом діагностики істмоцелу є дво- і тривимірне трансвагінальне УЗД та МРТ. У доповіді були описані консервативні методи лікування аномальної маткової кровотечі, яка супроводжує істмоцелу, та його хірургічна лапароскопічна й комбінована лапаро-гістероскопічна корекція. Автори зосередили увагу на лапароскопічній істмопластиці та визначили переваги методу Rendez-vous, основою

ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ

якого є поєднання лапароскопії з гістероскопічною трансліюмінацією. Застосування лапароскопічної істмопластики сприяє відновленню анатомічної структури матки, зменшенню симптомів, покращенню репродуктивного потенціалу, зниженню ризику акушерських ускладнень (розрив матки, патологічне прикріплення плаценти).



Актуальні питання **антиандро-генної терапії у відновленні овуляторної функції в пацієнток із синдромом полікістозних яєчників (СПКЯ)** висвітлювала д. мед. н., доцент-ка кафедри акушерства та гінекології післядипломної освіти НМУ ім. О.О. Богомольця **О.Л. Громова**. Доповідачка приділила увагу етіо-патогенезу СПКЯ, навести статистику

частотності гіперандрогенії у жінок залежно від віку (препубертат – 11,8%, перименопауза – 20,5%, постменопауза – 21,1%). Класичними ознаками гіперандрогенії є гірсутизм, алопеція, акне, жирна себорея. Репродуктивні наслідки

гіперандрогенії: олігоменорея, ановуляція, аменорея, порушення децидуалізації маткових артерій, аномальні маткові кровотечі, ендокринне непліддя. Основою лабораторної діагностики цієї патології є визначення рівнів загального тестостерону, індексу вільного тестостерону, дегідроепіандростерону сульфату, тиретропного гормону, пролактину. Діагностичними критеріями СПКЯ є 4 фенотипи, і тільки фенотип D перебігає без гіперандрогенії. Лекторка визначила шляхи корекції гіперандрогенії, які є універсальними для всіх непухлинних форм у дорослих пацієнток та передбачають зменшення синтезу тестостерону, підвищення рівня глобуліну, що зв'язує статеві гормони, зменшення активності 5 α -редуктази та блокування рецепторів. О.Л. Громова навести приклади практичного використання антиандрогенів в Україні та зазначила, що вони є перспективним напрямком у лікуванні пацієнток із СПКЯ з метою відновлення овуляторної функції. Така терапія може бути реальною альтернативою комбінованим оральним контрацептивам у пацієнток із СПКЯ й андрогензалежною дерматопатією.

ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ. СУЧАСНІ ПЕРИНАТАЛЬНІ СТРАТЕГІЇ

О.В. Кравченко, д. мед. н., професорка, завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна

С.М. Ясніковська, к. мед. н., доцентка кафедри акушерства, гінекології та перинатології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна

21–22 березня 2025 року в м. Чернівці відбулась Всеукраїнська науково-практична конференція, присвячена 30-річчю заснування кафедри акушерства, гінекології та перинатології Буковинського державного медичного університету. Кафедра одна із перших в Україні почала розвивати перинатальний науковий напрямок, який і сьогодні є надзвичайно актуальним.

На конференції розглядалися міждисциплінарні питання збереження репродуктивного здоров'я жінки, інноваційні підходи до розв'язання актуальних питань акушерства та гінекології; сучасні аспекти акушерської та гінекологічної допомоги; дискусійні питання сучасної перинатології. У заході взяли участь понад 60 провідних науковців вищих навчальних закладів Києва, Одеси, Дніпра, Вінниці, Івано-Франківська, Тернополя, Львова, Харкова, Полтави, Чернівців та ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України». До роботи конференції долучилися онлайн в режимі реального часу понад 2000 слухачів.

Особливу увагу доповідачі приділили сучасним перинатальним стратегіям, детально висвітлили фактори ризику антенатального та інтранатального пошкодження плода, причини відтермінованого материнства, стан соматичного та репродуктивного здоров'я в жінок віком 35+, розглянули наслідки пізньої вагітності й пологів. У матеріалах конференції представлені доповіді, що стосуються особливостей психоемоційного стану вагітних жінок-переселенок, проблем стресу як фактора змін у стані здоров'я жінок фертильного віку в період війни.

У межах конференції були розглянуті: інноваційні підходи до індукції пологів у сучасному акушерстві; шляхи зниження частоти виконання кесаревого розтину за результатами застосування шкали Робсона; патогенез, інструменти предикції за аномальної інвазії та передлежання плаценти. Були анонсовані основні положення клінічної настанови «Нудота й блювання під час вагітності. Надмірне блювання вагітних», проаналізовані акушерські помилки й помилки в акушерстві. Були окреслені сучасні проблеми лікування основної гінекологічної патології: гіперплазії ендометрію, лапароскопічної корекції симптоматичного істмоцеле, антиандрогенної терапії у відновленні овуляторної функції в пацієнток із синдромом полікістозних яєчників тощо. Частина доповідей була присвячена актуальним питанням відновлення вагінальної мікробіоти, контраверсійним питанням діагностики й терапії вагінальних дисбіозів, новому погляду на профілактику та лікування запальних процесів піхви.

Ключові слова: здоров'я жінки, перинатальні стратегії, профілактика, лікування, акушерська патологія, гінекологічна патологія.

WOMEN'S HEALTH. MODERN PERINATAL STRATEGIES

O.V. Kravchenko, MD, professor, head of the Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Bukovinian State Medical University

S.M. Yasniovskaya, PhD, associate professor, Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Bukovinian State Medical University

On March 21–22, 2025, the All-Ukrainian Scientific and Practical Conference dedicated to the 30th anniversary of the founding of the Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology of the Bukovinian State Medical University was held in Chernivtsi. The department was one of the first in Ukraine to develop the perinatal scientific direction, which is still extremely relevant today.

The conference considered interdisciplinary issues of preserving women's reproductive health, innovative approaches to solving urgent issues of obstetrics and gynecology; modern aspects of obstetric and gynecological care; discussion issues of current perinatology. The event was attended by over 60 leading scientists from higher educational institutions of Kyiv, Odessa, Dnipro, Vinnytsia, Ivano-Frankivsk, Ternopil, Lviv, Kharkiv, Poltava, Chernivtsi and the State Institution «All-Ukrainian Center for Motherhood and Childhood of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine». Over 2,000 listeners were involved in the conference in real time.

The speakers paid special attention to modern perinatal strategies, covered in detail the risk factors for antenatal and intranatal fetal damage, the causes of delayed motherhood, the state of somatic and reproductive health in women aged 35+, and considered the consequences of late pregnancy and childbirth. The conference materials presented the features of the psycho-emotional state of pregnant displaced women, the problems of stress as a factor in changes in the health of women of fertile age during the war.

Innovative approaches to labor induction in modern obstetrics are considered, ways to reduce the rate of cesarean section based on the results of the Robson scale, pathogenesis, prediction tools for abnormal invasion and placenta previa. The main provisions of the clinical guideline «Nausea and vomiting during pregnancy. Excessive vomiting in pregnant women» are announced. Obstetric errors and errors in obstetrics are analyzed. The problems of treating the main gynecological pathology are presented at the modern level: endometrial hyperplasia, laparoscopic correction of symptomatic isthmocoele, antiandrogen therapy in restoring ovulatory function in patients with polycystic ovary syndrome, etc. Some of the reports were devoted to the current issues of restoring the vaginal microbiota, controversial issues of diagnosis and therapy of vaginal dysbiosis, and a new view on the prevention and treatment of inflammatory processes of the vagina.

Keywords: women's health, perinatal strategies, prevention, treatment, obstetric pathology, gynecological pathology.